ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22–5

Date de publication : 1er Mars 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
ENQUÊTE SUR LES CAS DE SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE, MONTRÉAL, LAVAL ET MONTÉRÉGIE, 1985–1991	F-1	33 – 35
SURVEILLANCE DU SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE ET D'AUTRES ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE ASSOCIÉES À LA RUBÉOLE	F-3	35 – 37
ENQUÊTE SUR LA VACCINATION ANTIRUBÉOLEUSE EN POSTPARTUM, MONTRÉAL, LAVAL ET MONTÉRÉGIE, 1992	F-5	38 – 40

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ENQUÊTE SUR LES CAS DE SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE, MONTRÉAL, LAVAL ET MONTÉRÉGIE, 1985–1991

Introduction

Quatre cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) ont été signalés à la santé publique au Québec en 1991, soit autant que pour l'ensemble de la période 1985–1990[1] (données inédites). Selon Cochi et coll.[2], un système de surveillance passif ne repère que 22 % des cas confirmés ou suspects de SRC néonatal. Conscients de ce phénomène, les intervenants de la santé publique de Montréal, de Laval et de la Montérégie ont procédé à une recherche des cas de SRC survenus sur leurs territoires entre 1985 et 1991. Ces trois régions situées dans le sud du Québec comptent 3,2 millions d'habitants, soit près de la moitié de la population de la province.

Méthode

Les cas de SRC ont été identifiés à partir : 1) du relevé des cultures positives pour le virus de la rubéole ainsi que des sérologies positives (immunoglobulines M (IgM)-rubéole)* dans les laboratoires de virologie des deux hôpitaux pédiatriques de troisième ligne retrouvés dans les trois régions; et 2) de la recherche des codes diagnostiques du SRC et de la rubéole-soins de la mère dans le fichier MED-ECHO (registre provincial centralisé regroupant les diagnostics finals lors du congé hospitalier). Les définitions de cas auxquelles on a eu recours pour la détermination des cas cliniques et confirmés du SRC sont celles qui sont utilisées au Québec à des fins de surveillance[4].

Les dossiers médico-hospitaliers des mères et des enfants ont été révisés de façon systématique à l'aide d'un questionnaire lorsque ces dossiers se trouvaient dans un hôpital situé dans une des régions à l'étude, la mère habitait une de ces régions au moment de la naissance de l'enfant et l'enfant était né entre le 1er janvier 1985 et le 31 décembre 1991.

Résultats

Enfants

Les laboratoires de virologie ont permis d'identifier neuf enfants répondant aux critères décrits plus haut. Seuls cinq de ces cas ont été retracés par le fichier MED-ECHO. Le lecteur trouvera au tableau 1 un résumé de l'information disponible sur les neuf cas.

Mères

Nous avons pu recueillir des informations chez sept des neuf mères. Trois de ces sept mères avaient eu au moins un accouchement antérieur; une sérologie de dépistage négative a été retrouvée dans les trois dossiers. Dans sept cas, le statut vaccinal est inconnu; les deux autres femmes savaient qu'elles n'avaient pas été vaccinées (l'une d'elles avait refusé le vaccin).

Des antécédents de maladie éruptive au premier trimestre de la grossesse ont été mis en évidence chez cinq femmes. Ces données ont souvent été recueillies après la naissance de l'enfant atteint. Le diagnostic de rubéole a été confirmé chez une mère pendant la grossesse. Par ailleurs, deux autres ont indiqué, en rétrospective, avoir été exposées au cours du premier trimestre à une personne présentant une maladie éruptive.

* Les résultats des sérologies n'ont été recherchés que chez les enfants de moins d'un an. Étant donné que les enfants sont généralement vaccinés contre la rubéole à l'âge d'un an, la présence d'IgM chez un enfant vacciné ne témoigne pas nécessairement de la présence d'une infection naturelle puisque les IgM peuvent être décelables jusqu'à 4 ans après la vaccination[3].

Discussion

Cette recherche de cas, bien qu'active, ne se prétendait pas exhaustive. Elle a néanmoins confirmé la sous-déclaration du SRC au Québec puisque seuls cinq des neuf cas identifiés au cours de la période à l'étude avaient été déclarés. Étant donné que les cas détectés présentaient pour la plupart de multiples atteintes, il est permis de croire que les cas moins sévères ne sont peut-être pas diagnostiqués et encore moins déclarés[2].

Tableau 1
Description de neuf cas de SRC identifiés à partir des rapports de laboratoire des hôpitaux pédiatriques dans trois régions du Québec

Cas	Mois-année naissance	Diagnostic de laboratoire	Cataractes congénitales	Atteinte auditive	Anomalies cardiaques congénitales	Atteinte neurologique	Autres atteintes
A	01-85	IgM +, Cult +	—	+	—	—	–
B	02-85	IgM +, Cult +	+	+	+	A	F, G, J, K
C	11-85	IgM +, Cult +	Glaucome, rétinopathie	+	+	A, B, C	G, L, I
D	11-85	IgM +, Cult –[1]	—	+	—	—	I
E[2]	12-85	IgM +, Cult –[3]	+	—	+	A, E	F, G, I, H
F	05-88	IgM –[4], Cult +	+	—	—	—	—
G	11-89	IgM +, Cult +	—	+	+	C, D	G, H, I
H	01-91	IgM +, Cult +	+	—	+	—	F, G
I	03-91	IgM +, Cult +	+	+	+	E	F, G, J

[1] Prélèvements (gorge, selles, urine) faits à 1 an.
[2] Décède 2 jours après la naissance.
[3] Prélèvements (coeur, liquide céphalo-rachidien) à l'autopsie
[4] Sérologie à 18 mois.

A = méningoencéphalite
B = microcéphalie
C = retard intellectuel
D = paralysie cérébrale
E = kystes arachnoïdiens
F = purpura
G = thrombocytopénie
H = splénomégalie
I = hépatomégalie
J = ictère
K = lésions osseuses
L = hypotonie

Tous les cas signalés ici avaient été identifiés à partir des registres des laboratoires des hôpitaux pédiatriques effectuant les sérologies diagnostiques et les cultures de *Rubivirus*. Au Québec, l'obligation de déclarer un cas de rubéole ou de SRC incombe au médecin traitant et non au directeur du laboratoire.

La révision des dossiers des mères et des enfants a mis en évidence des failles en ce qui concerne l'application de certaines mesures préventives et le diagnostic de la rubéole en cours de grossesse. Ainsi, nous avons constaté que des femmes réceptives à la rubéole peuvent entreprendre une nouvelle grossesse sans avoir été vaccinées contre cette maladie.

Des antécédents de maladie éruptive au premier trimestre ou de contact avec une personne présentant une telle maladie ont été mis en évidence rétrospectivement chez la majorité des mères. Puisque ces femmes n'ont pas été contactées directement il est impossible de vérifier si la maladie ou l'exposition avaient été portée à l'attention de leur médecin.

Recommandations

A. Surveillance

- Afin d'améliorer le système de surveillance de la rubéole et du SRC, il faudrait faire des démarches auprès des directeurs des laboratoires afin qu'ils déclarent à la santé publique les résultats positifs de sérologie rubéoleuse IgM ainsi que les cultures positives de *Rubivirus*. Le règlement d'application de la *Loi sur la protection de la santé publique* devrait être modifié en ce sens.
- Une enquête épidémiologique devrait être réalisée pour chaque cas.

B. Mesures préventives

Conformément aux recommandations des autorités de la santé publique américaines et canadiennes[5,6], il y aurait lieu de promouvoir les activités préventives suivantes :

- *Vaccination pré-grossesse* : Les médecins devraient profiter de chaque contact clinique avec des femmes en âge de procréer afin de vérifier leur immunité pour la rubéole (preuve de vaccination ou résultat positif d'une sérologie antérieure). En l'absence d'une telle preuve, ces femmes devraient être vaccinées.
- *Vaccination en post-partum* : Les femmes identifiées comme séronégatives en début de grossesse devraient être vaccinées après leur accouchement, avant leur congé de l'hôpital.
- *Antécédents prénatals* : Le médecin devrait vérifier à l'anamnèse la présence d'antécédents de maladie éruptive ou d'exposition à une personne présentant une maladie pouvant évoquer la rubéole. Les femmes enceintes devraient être sensibilisées à l'importance d'informer leur médecin de tels antécédents survenus au cours de la première moitié de la grossesse.

Remerciements

Nous voudrions remercier le personnel du département des archives de l'Hôpital Sainte-Justine, de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour leur aide précieuse de recherche de cas, le docteur R. Pless du LLCM pour sa collaboration à l'analyse du fichier MED-ECHO ainsi que le docteur C. Bisson (résident en santé communautaire) pour ses commentaires suite à la révision de cet article.

Références

1. Direction de la santé publique. *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 1988*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, mai 1989.
2. Cochi SL, Edmonds LE, Dyer K et coll. *Congenital rubella syndrome in the United States, 1970–1985*. Am J Epidemiol 1989;129:349-61.
3. O'Shea S, Best JM, Banatlava JE et coll. *Development and persistence of class-specific antibodies in the serum and nasopharyngeal washings of rubella vaccines*. J Infect Dis 1985;151:89-98.
4. Direction de la santé publique. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec — Définitions nosologiques*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, janvier 1991.
5. LLCM. *Conférence de concertation sur les oreillons et la rubéole*. RMTC 1994; 20:165-76.
6. CDC. *Rubella prevention : recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)*. MMWR 1990; 39(RR-15):1-18.

Source : *D^r L Valiquette, MSc, FRCPC, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r F Saintonge, CSPQ (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r J Carsley, MSc, FRCPC, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r S Charbonneau, MSc, (DSP, RRSSS, Laval); L Bédard, MSc inf, MPH, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r M Tremblay, MSc, FRCPC, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r L Perron, (DSP, RRSSS, Montérégie); L Guérard, BSc inf, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre).*

SURVEILLANCE DU SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE ET D'AUTRES ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE ASSOCIÉES À LA RUBÉOLE

La Conférence de concertation sur la rubéole, tenue au début de 1994[1], s'est donné pour objectif d'éliminer le syndrome de rubéole indigène durant la grossesse d'ici l'an 2000 et de prévenir ainsi l'atteinte foetale, le syndrome de rubéole congénitale (SRC) et d'autres complications de l'infection rubéoleuse. Les participants ont formulé entre autres les recommandations suivantes :

1) *réviser la définition du SRC pour qu'elle s'étende aux cas plausibles et possibles et élaborer d'autres définitions afin de surveiller les autres effets négatifs de l'infection rubéoleuse au cours de la grossesse, notamment la mort foetale, les avortements provoqués et les infections congénitales asymptomatiques;*
2) *mettre en oeuvre un mécanisme de surveillance énergique du SRC, faire enquête sur chaque cas déclaré et maintenir et améliorer la surveillance active par l'entremise d'IMPACT (Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins);*
3) *concevoir des méthodes permettant de repérer les avortements provoqués consécutifs à l'infection maternelle.*

En décembre 1995, 10 épidémiologistes provinciaux et territoriaux se sont entendus sur une définition révisée de cas pour la rubéole congénitale. Cette définition est actuellement utilisée dans le cadre d'un système pilote de surveillance nationale d'affections pédiatriques rares.

Pour atteindre l'objectif fixé lors de cette conférence, il ne faudra pas tarder à mettre en oeuvre les autres recommandations. Entre 1989 et 1993, 1 150 cas de rubéole ont été signalés en moyenne chaque année, dont 15 % chez des femmes en âge de procréer (données inédites). Comme l'ont montré les enquêtes effectuées au Manitoba, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec, la proportion de femmes enceintes susceptibles à la rubéole varie grandement d'une province à l'autre, plus précisément de 2,3 % à 13,3 % (données inédites). Ces écarts sont probablement dûs aux pratiques d'immunisation différentes qui avaient cours avant 1983, année où l'on a commencé à administrer systématiquement dans toutes les provinces le vaccin RRO (contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) aux nourrissons de 12 à 15 mois[2]. En outre, au Manitoba, par exemple, les jeunes filles impubères de 11 et 12 ans sont vaccinées à moins qu'elles puissent fournir la preuve d'avoir été immunisées ou à moins que les épreuves de laboratoire révèlent qu'elles sont porteuses de l'anticorps.

Systèmes actuels de surveillance du SRC

À l'heure actuelle, seul le SRC doit obligatoirement être déclaré au Canada; il n'existe aucun programme de surveillance pour d'autres issues défavorables de la grossesse associées à la rubéole. Deux systèmes de surveillance sont maintenant en place : un système passif, le système national de déclaration implanté en 1979, ainsi qu'un système actif, IMPACT, qui a débuté en 1992.

Le système de surveillance passif englobe le système de données agrégées et le programme de surveillance des cas individuels. Le système de données agrégées compile les rapports mensuels de cas de SRC selon l'âge et le sexe qui sont transmis par les provinces et les territoires. S'il est vrai qu'on n'a signalé en moyenne que trois cas par année au cours des 10 dernières années[3,4], une étude menée au Québec a confirmé que le nombre de cas déclarés de SRC est bien inférieur à la réalité[5]. De plus, des cas bénins, qui représentent probablement au moins la moitié de tous les cas, ne sont souvent pas diagnostiqués[6]. Le système de surveillance des cas individuels pourrait fournir des renseignements plus détaillés, mais cette base de données est incomplète parce que certaines provinces ne soumettent pas encore de rapports, certaines le font sporadiquement, et les renseignements fournis manquent d'uniformité et ne sont souvent pas pertinents (données inédites).

Le système de surveillance active, IMPACT, recueille des données sur un certain nombre de maladies, dont le SRC. Onze centres pédiatriques, situés dans les différentes régions du Canada et regroupant environ 85 % de tous les lits de soins tertiaires pour enfants, produisent des rapports mensuels qui comportent des données complètes sur chaque cas, notamment la date de naissance, la date du diagnostic, le tableau clinique, les antécédents maternels, notamment les infections pseudo-rubéoleuses durant la grossesse, et l'état vaccinal. Chaque cas signalé est passé en revue par un enquêteur. Ce système fournit des renseignements précieux sur les cas de SRC diagnostiqués dans les hôpitaux pédiatriques, mais il se peut que ces cas ne représentent pas tout l'éventail de manifestations cliniques du SRC.

Lorsqu'on trace un graphique à partir des données sur le nombre de cas de SRC selon l'année de naissance (fournies par la

base de données sur les cas individuels et par le programme IMPACT pour la période 1989–1994), la courbe est similaire à celle obtenue pour les cas de SRC. Les pics d'incidence pour le SRC surviennent une année après ceux de la rubéole, ce qui correspond aux prévisions compte tenu de la durée normale de la grossesse. Les courbes présentent toutefois une moins grande similarité en ce qui concerne la fréquence déclarée du SRC et de la rubéole pour chaque année de déclaration.

Le Canada ne dispose pour le moment d'aucun système de déclaration des avortements consécutifs à une infection rubéoleuse ou à une exposition à la rubéole. Au Royaume-Uni, où un tel système existe, on a enregistré entre 1980 et 1989 plus de 3,5 avortements secondaires à une infection rubéoleuse ou à une exposition à la rubéole pour chaque cas signalé de SRC confirmé ou soupçonné[7].

Systèmes possibles de surveillance

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique ne devrait pas comporter les mêmes limites que les systèmes actuels de surveillance du SRC. Ce nouveau programme, qui a débuté en janvier 1996, consiste en un système actif de transmission de rapports de surveillance par la poste; il est géré par la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et s'inspire d'un programme similaire efficace au Royaume-Uni[8]. La SCP espère que tous les pédiatres y participeront. Lorsqu'un cas est signalé, le personnel du programme contacte le médecin pour obtenir plus d'information, confirmer le cas et repérer les cas signalés en double ainsi que les erreurs de déclaration. Ce système de surveillance dans la collectivité permettra de distinguer davantage parmi les cas de SRC déclarés les cas bénins ou les cas ne comportant qu'une anomalie simple.

Il existe trois sources possibles d'information pour la surveillance des issues défavorables de la grossesse associées à la rubéole en dehors du SRC : les hôpitaux, les cliniques d'avortement et les laboratoires.

Il serait difficile de mettre en place un système de surveillance dans les hôpitaux ou les cliniques d'avortement. Tout d'abord, il faudrait effectuer une enquête nationale pour comparer la proportion d'avortements pratiqués dans les hôpitaux et dans les cliniques d'avortement. En second lieu, il serait ardu de contacter tous les médecins qui pratiquent des avortements, de les informer de l'existence de ce nouveau système de déclaration et de les garder motivés alors que les événements à signaler sont rares. Troisièmement, ce système dépendrait grandement de la bonne volonté des médecins et, partant, contiendrait des renseignements qui seraient probablement peu fiables.

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) envisage donc de mettre en place un système de déclaration des cas par l'entremise des laboratoires. Le système compilerait le nombre de cas de rubéole chez les filles et les femmes en âge de procréer (de 15 à 45 ans) confirmés par les laboratoires provinciaux de santé publique et les laboratoires des hôpitaux universitaires. Ces deux groupes effectuent la plupart des tests de détection des IgM spécifiques à la rubéole au Canada. Dans chaque laboratoire, un employé désigné annexerait un formulaire d'enquête sur le cas à chaque rapport d'analyse positif transmis au médecin hygiéniste local qui, lui, vérifierait s'il s'agissait d'une femme enceinte. Le cas échéant, une enquête serait entreprise pour évaluer l'issue de la grossesse. Le LLCM (1) élaborerait un protocole pour la collecte de données, les enquêtes et le suivi; (2) recueillerait et analyserait les données épidémiologiques; et (3) diffuserait l'information. Ce système comporte trois principaux avantages : il nécessite la participation d'un nombre limité d'employés de laboratoire; le secteur de la santé publique fournit des données plus fiables sur les maladies que les médecins; et le système permettrait de surveiller d'autres issues de la grossesse que les avortements provoqués, notamment les avortements spontanés et les morts *in utero*. Le principal inconvénient résiderait dans le fait que l'on n'aurait pas de données sur l'interruption volontaire de grossesse après une exposition à un cas de rubéole sans signes cliniques d'infection chez la femme enceinte, car ce type d'avortement peut représenter une proportion importante des avortements associés à la rubéole[8].

Références

1. LLCM. *Conférence de concertation sur les oreillons et la rubéole*. RMTC 1994;20:165-76.
2. Furesz J, Varughese P, Acres SE et coll. *Rubella immunization strategies in Canada*. Rev Infect Dis 1985;7(Suppl.1):S191-93.
3. LLCM. *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1992*. RMTC 1994;20S:81.
4. LLCM. *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1993*. RMTC 1995;21S:9.
5. De Serres G, Dery P, Lebel M et coll. *Épidémiologie de la rubéole congénitale au Québec de 1965 à 1994*. Communication présentée au V[e] Colloque québécois sur les maladies infectieuses, Rimouski (Québec), mai 1994.
6. Arbuckle TE, Sherman GJ. *Is congenital rubella syndrome a vanishing disease?* CDIC 1992;13(21):24-8.
7. Miller E, Waight PA, Vurdien JM et coll. *Rubella surveillance to December 1990*: a joint report from PHLS and national congenital rubella surveillance programme. CDR 1991;1(R4):R33-7.
8. British Paediatric Surveillance Unit. *Eighth annual report*. Londres : British Paediatric Surveillance Unit, décembre, 1994.

Source : *D[r] L Pelletier, MPH, P Duclos, DVM, PhD, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa.*

ENQUÊTE SUR LA VACCINATION ANTIRUBÉOLEUSE EN POSTPARTUM, MONTRÉAL, LAVAL ET MONTÉRÉGIE, 1992

Introduction

Entre les mois de juillet et d'octobre 1992, une enquête a été effectuée auprès des hôpitaux de Montréal, de Laval et de la Montérégie dans le but de connaître les pratiques de dépistage sérologique de la rubéole en antepartum et de vaccination des femmes séronégatives en postpartum. Il y avait 22 hôpitaux comptant un département d'obstétrique. Le nombre total d'accouchements en 1992 était de 51 040, soit : 32 864 à Montréal, 13 670 en Montérégie et 4 506 à Laval.

Résultats

Au total, 19 des 22 hôpitaux ont participé à cette enquête, soit les 12 hôpitaux des régions de Montréal et de Laval et sept hôpitaux sur dix en Montérégie.

Les tests de dépistage

Tous les hôpitaux effectuaient eux-mêmes les tests de dépistage de la rubéole, au moyen de la méthode ELISA ou du test LA (agglutination au latex). Les valeurs-seuil de positivité variaient entre 10 et 20 UI/mL, selon la technique ou la trousse commerciale utilisée. Trois des laboratoires participants ont indiqué qu'une proportion de 6 à 11% des sérologies de dépistage de la rubéole étaient négatives.

La vaccination en postpartum

On a estimé le pourcentage des femmes vaccinées pendant le postpartum dans chaque hôpital en divisant le nombre de vaccins contenant la composante antirubéoleuse commandés par le nombre d'accouchements signalés la même année (tableau 1). Dans 11 hôpitaux, le pourcentage de parturientes vaccinées variait de 0,5 % à 8,6 %. Dans sept hôpitaux, aucun vaccin n'a été acheminé au département du postpartum pendant la période à l'étude. Dans le dernier hôpital, on nous a affirmé que les patientes de certains médecins étaient vaccinées avant leur congé, mais le département de pharmacie n'a pu préciser le nombre de vaccins qui y avaient été prescrits.

Dans les hôpitaux où l'on administrait le vaccin, les raisons invoquées pour omettre la vaccination chez certaines patientes étaient les suivantes : l'allaitement (n = 3), le départ trop hâtif de l'hôpital (n = 2), l'administration de l'immunoglobuline anti-Rh_0 (n=2), l'oubli (n=2), l'orientation des patientes vers le CLSC (n=1) et enfin, les transfusions sanguines (n=1).

Discussion

Il s'agissait au départ d'une enquête à caractère exploratoire. Les répondants n'étaient pas tous responsables des départements, et les informations fournies n'ont pas été validées auprès d'autres sources d'informations.

Laboratoires

L'enquête n'a pas permis de déterminer si les laboratoires effectuaient le test de dépistage systématiquement dans le cadre des évaluations de routine pendant la grossesse. Le monitoring de la séropositivité des parturientes (primipares et multipares) à l'égard de la rubéole est un excellent indicateur en vue de l'évaluation continue de nos programmes de vaccination contre cette infection. Pour ce faire, il importe d'indiquer clairement que les résultats proviennent de femmes enceintes. De plus, les résultats devraient être conservés suffisamment longtemps dans le système informatique pour permettre une analyse ultérieure.

La vaccination pendant le postpartum

La pratique de la vaccination pendant la période du postpartum immédiat n'était pas largement répandue. En 1992, plus de 11 000 femmes ont accouché dans un des sept centres hospitaliers qui ne vaccinaient pas en postpartum. Plus de 6 000 femmes ont accouché dans les deux autres centres hospitaliers où la vaccination en postpartum semblait être une activité peu répandue. En se fondant sur ces chiffres et en supposant un taux de séropositivité entre 6 et 11%, on peut estimer qu'en 1992, sur les territoires de Montréal et de la Montérégie, entre 1 020 et 1 870 mères séronégatives ont reçu leur congé de l'hôpital sans vaccination antirubéoleuse.

Les études des cas du syndrome de rubéole congénitale révèlent de façon relativement constante que le tiers des cas surviennent chez des bébés de mères multipares[1]. Étant donné la gravité de ce syndrome et les coûts qu'il engendre, les mesures préventives nécessaires doivent être appliquées avec beaucoup de rigueur. Dans notre enquête, plusieurs hôpitaux ont invoqué diverses

Tableau 1
Proportion de vaccins administrés par rapport au nombre d'accouchements dans les hôpitaux des régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie, 1991–1992

A — Nombre approximatif d'accouchements
B — Nombre de vaccins acheminés au département du postpartum
B/A — Estimation du nombre de femmes vaccinées

Numéro de l'hôpital	(A)	(B)	(B/A) %
1	4 667	400	8,6
2	1 000	70	7,0
3	4 500	290	6,4
4	4 506	285	6,3
5	4 000	250	6,2
6	2 643	120	4,5
7	2 500	100	4,0
8	1 741	70	4,0
9	2 248	50	2,2
10	4 090	30	0,7
11	2 000	10	0,5
12	2 900	0	0,0
13	2 757	0	0,0
14	2 200	0	0,0
15	1 400	0	0,0
16	1 374	0	0,0
17	591	0	0,0
18	186	0	0,0
19	2 600	nd	nd

raisons pour ne pas appliquer ces mesures préventives de façon systématique. Ces raisons peuvent se subdiviser en deux catégories : les raisons d'ordre organisationnel (oublis, courte durée du séjour et orientations à l'extérieur de l'hôpital) et les contre-indications erronées (allaitement, vaccination anti-Rh_0 et transfusion sanguine).

Pourtant, le postpartum immédiat est le moment le plus propice pour la vaccination : la patiente n'a pas à se déplacer et il est peu probable qu'elle devienne enceinte à nouveau dans le mois suivant son accouchement. Plus tard, une fois retournée chez elle, elle risque d'oublier et son médecin aussi. Les séjours de plus en plus courts après l'accouchement entraînent des contraintes supplémentaires pour l'organisation de la vaccination. Quant aux autres raisons invoquées, il reste à convaincre certains médecins que l'allaitement, la vaccination anti-Rh_0 et les transfusions sanguines ne sont pas des contre-indications à la vaccination antirubéoleuse[1,2].

Recommandations

A. Dépistage

- La proportion des sérologies négatives chez les parturientes devrait être vérifiée de façon régulière par les laboratoires.

B. Vaccination

- La promotion de la vaccination en postpartum immédiat devrait être entreprise auprès des médecins, des infirmières et de l'ensemble de la population.
- La vaccination en postpartum immédiat des patientes réceptives à la rubéole devrait être prévue dans un règlement hospitalier.
- Il faudrait utiliser le vaccin trivalent rougeole-rubéole-oreillons (RRO).

Les mesures suivantes faciliteraient l'implantation de la vaccination en postpartum :

- Toutes les femmes enceintes devraient avoir le résultat d'un test de dépistage des anticorps antirubéoleux dans leur dossier lors de l'accouchement. Les antécédents de vaccination antirubéoleuse devrait être recueillis systématiquement et inscrits au dossier avec la date de la vaccination.
- Les infirmières pourraient avoir une ordonnance médicale permanente leur permettant de vacciner les patientes réceptives sans attendre la prescription du médecin traitant.
- En postpartum, l'infirmière devrait vérifier le résultat de la sérologie de la rubéole (et de l'hépatite B). Un système de signalement sur le dossier hospitalier permettrait au médecin de ne pas oublier de prescrire le vaccin RRO en l'absence d'ordonnance médicale permanente.

Suivi de l'enquête

Au moins quatre hôpitaux qui n'offraient pas la vaccination contre la rubéole au moment de l'enquête procèdent actuellement à la mise en oeuvre d'un tel programme.

Remerciements

Nous tenons à remercier le docteur M. Brazeau, directeur du Laboratoire de santé publique du Québec et son équipe pour leurs commentaires sur les trousses de dépistage. Nous souhaitons aussi témoigner notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont répondu aux questionnaires dans les différents hôpitaux.

Références

1. Lee SH, Ewert DP, Frederick PD et coll. *Resurgence of congenital rubella syndrome in the 1990s*. JAMA 1992;267:2616-20.
2. LLCM. *Conférence de concertation sur les oreillons et la rubéole*. RMTC 1994;20:165-76.

Source : *D^r S Charbonneau, MSc, (DSP, RRSSS, Laval); D^r L Valiquette, MSc, FRCPC, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); L Bédard, MSc inf, MPH, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r J Carsley, MSc, FRCPC, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r L Perron, (DSP, RRSSS, Montérégie); D^r F Saintonge, CSPQ, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); D^r M Tremblay, MSc, FRCPC, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre); L Guérard, BSc inf, (DSP, RRSSS, Montréal-Centre).*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r John Spika (613) 957-4243
D^r Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pre Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique
Association médicale canadienne
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8
N° de téléphone : (613) 731-9331, poste 2028
Télécopieur : (613) 731-9102

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger

© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.